

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1939-1940. — N° 47

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
PLACEMENT FAMILIAL DES ALIÉNÉS

LES ASILES-COLONIES DANS QUELQUES PAYS ÉTRANGERS
(Belgique, Suisse, Allemagne, États-Unis d'Amérique)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 16 octobre 1939

PAR

M^{me} Paula-Marie-Yvonne-Clara BOBÉ, née REVERS

Ancienne interne des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Née à RENNES (Ille-et-Vilaine), le 9 décembre 1905

Examineurs de la Thèse	{	MM. PERRENS, professeur	Président
		LANDE, professeur	{ Juges.
		LEURET, professeur	
		DELMAS-MARSALET, agrégé ...	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, place Saint-Christoly

1939



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1939-1940. — N° 47

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
PLACEMENT FAMILIAL DES ALIÉNÉS

LES ASILES-COLONIES DANS QUELQUES PAYS ÉTRANGERS
(Belgique, Suisse, Allemagne, États-Unis d'Amérique)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 16 octobre 1939

PAR

M^{me} Paula-Marie-Yvonne-Clara BOBÉ, née REVERS

Ancienne interne des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Née à RENNES (Ille-et-Vilaine), le 9 décembre 1905

Examineurs de la Thèse	{	MM. PERRENS, professeur	Président
		LANDE, professeur	{ Juges.
		LEURET, professeur	
		DELMAS-MARSALET, agrégé ...	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, place Saint-Christoly

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSEON, MOURE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT,
CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie. .	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants. .	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale.	MACHEBOËUF.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	DAMADE.	Physique médicale et pharmaceutique. .	WANGERMEZ.
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie. .	CREYX.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.		

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).



AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	LOUBAT.
Physiologie	N.	id.	MASSÉ.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	id.	DARGET.
id.	DELMAS-MARSALET.	id.	N.
id.	DE GRAILLY.	Obstétrique	RIVIÈRE.
id.	FONTAN.	Ophthalmologie	BEAUVIEUX.
id.	BROUSTET.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	DERVILLEE.	Dermatologie et syphiligraphie.	JOULIA.
id.	N.	Physique médicale	N.
Chirurgie générale	CHARRIER.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	JEANNENEY.	Ophthalmologie	CABANNES (en congé)
Accouchements	RIVIÈRE.	Physique médicale et pharmaceut. que ..	AURIAC.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Anatomie	J. BEAUVIEUX.
Puériculture	FAUGÈRE.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.	Botanique	GIRARD.
Médecine légale	DERVILLEE.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Urologie	DARGET.	Bactériologie	MOUREAU
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Physiologie	PETITEAU.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.

N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

Faible témoignage de ma profonde
affection.

A MON MARI

LE DOCTEUR BOBÉ

Médecin Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Vauclaire.

A MES ENFANTS

A MES FRERES

A MES AMIS

A MON BEAU-FRÈRE

LE DOCTEUR CHANÈS

Médecin des Hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Qui a bien voulu me conseiller dans
le choix du sujet de cette thèse et
m'éclairer de ses conseils.

En témoignage de mon affectueuse gra-
titude.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. PERRENS

*Médecin-chef de la Maison de santé de Château-Picon,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur de présider la soutenance de
cette thèse.

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES DE LA SEINE :

MONSIEUR LE DOCTEUR GOURIOU.

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMAY.

MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUDOUIN.

MONSIEUR LE DOCTEUR RODIET.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SANTENOISE

Professeur de physiologie à la Faculté de Nancy.

En témoignage de profonde gratitude
pour l'accueil qu'il a bien voulu me faire
dans son laboratoire.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
PLACEMENT FAMILIAL DES ALIÉNÉS

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

L'encombrement croissant des établissements consacrés au traitement des maladies mentales devient un des problèmes les plus aigus de l'assistance psychiatrique. Depuis que Pinel en faisant tomber les chaînes des aliénés a déclenché le mouvement d'humanité qui a abouti à la création d'établissements spéciaux sur tout le territoire français et, pourrait-on dire, dans le monde entier, le nombre des malades internés n'a cessé d'augmenter. Les familles sachant leurs malades bien traités et soignés hésitent moins à les placer. La vieille prévention contre les asiles, si justifiée autrefois, disparaît peu à peu. En France, depuis une époque encore toute récente, la dénomination « asile d'aliénés » a été remplacée par l'appellation beaucoup mieux adaptée « d'hôpital psychiatrique ». Ce changement de terme ne fait que consacrer un état de choses déjà acquis depuis des années.

Les établissements sombres, à l'aspect de prison, se font rares. De plus en plus, ce sont des pavillons coquets au milieu d'un jardin où les grilles discrètes remplacent les hauts murs d'autrefois. A ces pavillons sont annexés des services de laboratoire, de radioscopie, une salle d'opération. Il s'agit bien d'un hôpital et non plus d'une garderie, d'une « renfermerie de fous ».

A mesure que se développeront les consultations régulières dans les dispensaires de prophylaxie mentale et les consultations externes des services ouverts, le nombre des malades mentaux à interner ainsi dépistés augmentera. L'encombrement des hôpitaux psychiatriques ne fera que croître.

Cet encombrement nécessite périodiquement la construction de pavillons nouveaux. Il faut que les malades aient un espace suffisant. Les mêmes malades, calmes et tranquilles dans un local assez vaste, s'agitent et s'aggravent dans un dortoir ou une salle de réunion surpeuplés. Dans ces conditions, les traitements deviennent inefficaces. Ainsi on construit de nouveaux hôpitaux psychiatriques, et l'assistance aux aliénés devient une lourde charge pour le budget des collectivités. Le placement familial apparaît à l'heure actuelle comme un moyen efficace et économique de décongestionner les services. Il peut limiter l'agrandissement des locaux, et ceci sans nuire aux malades, car il est un adjuvant thérapeutique de premier ordre. En parlant du placement familial nous envisageons le placement hétéro-familial. Le placement du malade dans sa propre famille partout où il a été tenté n'a pas donné de bons résultats. « On s'est aperçu, écrit le Docteur Bersot, que certains malades se comportaient plus normalement quand ils étaient placés dans une famille étrangère que lorsqu'ils restaient dans leur propre famille, où des conflits surgissaient fréquemment. En outre, on ne savait où placer certains malades n'ayant pas de famille. »

Le placement familial est pratiqué en France depuis 1892 par le département de la Seine. C'est dans ce département, en effet, que l'encombrement des établissements psychiatri-

ques s'est fait sentir tout d'abord. L'augmentation rapide de la population parisienne suffirait à l'expliquer, mais de plus Paris attire de nombreux déséquilibrés.

Le département de la Seine possède deux colonies familiales imitées de Gheel : l'une dans le Cher, à Dun-sur-Auron, pour les femmes; l'autre dans l'Allier, à Ainay-le-Château, pour les hommes. Ces colonies familiales, comme nous le verrons plus loin, sont des établissements importants, groupant plusieurs pavillons où l'on garde les malades qui ne peuvent rester chez l'habitant. La création d'organisations semblables comporte des dépenses considérables, et c'est une des raisons pour lesquelles les autres départements n'ont pas pu suivre l'exemple de la Seine. D'autre part, le nombre des malades pouvant bénéficier de ce régime serait trop faible pour légitimer ces dépenses. Il résulte de l'expérience acquise que 15 p. 100 environ des aliénés peuvent bénéficier du placement familial. Dans un hôpital psychiatrique de mille malades, par exemple, cent cinquante d'entre eux pourraient être placés chez l'habitant. Si l'on voulait suivre l'exemple de la Seine, il faudrait donc que plusieurs départements collaborent à la formation d'une colonie familiale régionale, dite interdépartementale. Cette solution n'est en principe pas impossible, mais créerait dans la pratique des difficultés nombreuses. Un essai a déjà été fait dans ce sens. Par un arrêt en date du 5 octobre 1925, le préfet de la Seine a autorisé le placement à Dun-sur-Auron et à Ainay-le-Château de malades du département du Rhône. Un seul transfert a été fait. La principale difficulté est de faire regagner leur établissement d'origine aux malades qui s'adaptent mal, ou qui, après une bonne période, font une rechute. D'autre part, les colonies interdépartementales présentent le grave inconvénient de dépayser le malade et de l'éloigner de sa famille et de ses amis, conditions peu favorables pour la réadaptation à la vie sociale. Cet éloignement peut l'exposer à une rechute.

Aucun de ces inconvénients n'existe avec l'asile-colonie. Le

médecin traitant choisit les malades aptes à bénéficier du placement familial et les place dans les villages autour de l'hôpital. Il continue lui-même à les observer et à les traiter.

Il existe des asiles-colonies en Belgique, en Suisse, en Allemagne, en Hollande, au Danemark, en Norvège, en Suède, en Italie, en Pologne, en Russie et dans les Etats-Unis d'Amérique. Après avoir rappelé brièvement les caractères principaux des autres modes de placement familial : système écossais et colonie familiale type Gheel, nous étudierons les asiles-colonies en Belgique, en Suisse, en Allemagne et aux Etats-Unis d'Amérique.

Les documents qui nous ont permis d'élaborer ce travail nous ont été obligeamment communiqués :

— pour la Belgique, par le Docteur Charles Massaut, médecin directeur de la Colonie provinciale de Lierneux;

— pour la Suisse, par le Docteur Bersot, directeur de la Clinique Bellevue Le Landron;

— pour l'Allemagne, par le Docteur Ernst Buffe, directeur de l'Asile d'Allenberg et par le médecin directeur de l'asile de Breslau.

— pour les Etats-Unis d'Amérique, par le Docteur Horatio M. Pollock, directeur du Service d'hygiène mentale de l'Etat de New-York.

Qu'ils veulent bien trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre reconnaissance.

CHAPITRE II

SYSTEME ECOSSAIS ET COLONIE FAMILIALE TYPE GHEEL

I. — *Le placement familial en Ecosse.*

Le placement familial est pratiqué en Ecosse depuis très longtemps. Il a été sanctionné par une loi en 1857, mais bien avant cette date les malades mentaux étaient placés chez l'habitant. Ce qui fait l'originalité du système écossais, c'est que, d'une part, le placement familial est tout à fait indépendant de l'asile et que beaucoup de malades n'ont jamais été placés dans un établissement fermé, et que, d'autre part, les aliénés sont dispersés dans tout le pays. On trouve rarement plus de dix à vingt malades dans une même localité. Les malades peuvent être placés chez l'habitant selon quatre modes différents :

1° Directement par les autorités locales, d'accord avec le « general board of control ». Le malade doit être examiné par deux médecins, et tous deux doivent certifier qu'il est atteint de troubles mentaux.

2° Par transfert d'un asile, avec le certificat du médecin de l'établissement, d'accord avec le « general board of control ». Dès que le malade est placé, le médecin de l'asile cesse d'avoir autorité sur lui.

3° Un malade sorti de l'asile peut être placé par les autorités locales.

4° Un malade interné, sorti en permission et qui n'a pas rejoint l'asile à l'expiration de son congé, peut être mis en placement familial par les autorités locales.

Le « general board of control » est composé d'un président, de deux commissaires légaux dont les fonctions sont gratuites, et de deux médecins inspecteurs.

Les indigents sont à la charge de la paroisse sous l'autorité du « local government board ». Le « general board of commissioners in lunacy », qui a la surveillance des établissements psychiatriques, étend ses pouvoirs aux nourriciers. Les malades placés sont visités quatre fois par an par le médecin du district, deux fois par an par l'inspecteur de l'Assistance publique, une fois par an par un agent du « general board of lunacy ».

Les nourriciers possèdent un registre sur lequel sont inscrits tous les renseignements sur les malades, le placement, et sur lequel, à chaque visite, sont consignées des observations. Toute personne coupable d'avoir reçu des aliénés sans posséder de licence spéciale peut être condamnée à une peine de prison.

La rétribution allouée aux nourriciers varie suivant les paroisses. Elle est toujours inférieure au prix de journée des établissements fermés. On place dans ces conditions des malades atteints d'affections mentales très diverses. On exclut ceux qui ont des idées de suicide ou d'homicide. Les épileptiques sont mal accueillis par la population.

Le succès du système écossais dépend des qualités du nourricier, qui doit être assez intelligent pour s'adapter aux aliénés. Mais le placement familial étant pratiqué depuis fort longtemps en Ecosse, beaucoup de nourriciers ont eu des malades chez eux alors qu'ils étaient enfants, ce qui fait qu'ils sont parfaitement adaptés à leur rôle.

Cependant, ce mode de placement a été vivement critiqué. Du fait de la dispersion des malades, la surveillance est difficile, et celle qui est réalisée est insuffisante. En outre, les malades sont soignés par les médecins de la localité, sans qu'ils leur soit demandé de connaissances spéciales en psychiatrie.

Pour toutes ces raisons, le placement familial est en décroissance constante en Ecosse. Si nous empruntons les chiffres publiés par le Docteur Maurice Desruelles et le Docteur Henri Bersot, dans leur travail sur *l'Assistance aux*

aliénés en Europe, nous voyons qu'en 1838 il y avait 37 p. 100 des malades mentaux placés dans les familles; en 1871, 23 p. 100, et, en 1879, 18 p. 100.

Le système écossais consistant en la dispersion des malades dans tout le pays ne paraît donc pas à préconiser.

Signalons que ce système est également pratiqué en Norvège.

II. — *La colonie familiale type Gheel.*

Les malades placés en colonie familiale contrairement au système écossais sont groupés dans des villages sous la surveillance de médecins spécialistes et de visiteurs de placement qui les visitent régulièrement. La plus ancienne colonie familiale est celle de Gheel, en Belgique. C'est en s'inspirant de son organisation qu'en France le département de la Seine a créé les colonies familiales de Dun-sur-Auron pour les femmes et d'Ainay-le-Château pour les hommes. Depuis le 17 décembre 1892, date de l'arrivée des premières malades à Dun-sur-Auron, et depuis le 15 juin 1900, date de l'arrivée des premiers malades à Ainay-le-Château, l'effectif de la population de ces colonies s'est accru.

Population des colonies familiales.

DUN-SUR-AURON.

31 décembre 1892,	40 malades.
31 décembre 1913,	983 malades.
31 décembre 1938,	1.436 malades.

AINAY-LE-CHATEAU.

31 décembre 1900,	72 malades.
31 décembre 1913,	492 malades.
31 décembre 1930,	345 malades.
31 décembre 1938,	826 malades.

Les médecins attachés à la colonie choisissent les malades parmi ceux qui sont internés dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine. Après un court séjour d'observation à l'infirmerie de la colonie, ils sont placés chez l'habitant.

Ils vivent la même vie que leur nourricier, mangent le plus souvent avec eux et sont traités comme s'ils faisaient partie de la famille. On donne généralement un ou deux malades par placement, quelquefois trois, rarement quatre, mais jamais davantage.

La colonie fournit le trousseau que les nourriciers doivent entretenir. La nourriture est très surveillée.

Les malades sont sous la garde de nourriciers qui en ont la responsabilité. Ceux-ci doivent prévenir immédiatement le médecin directeur de la colonie en cas de disparition de malade et d'incident grave. Il est formellement interdit par le règlement de se servir d'aucune espèce de mesure de coercition ou de contrainte. Des primes et des récompenses sont accordées aux nourriciers qui se distinguent par les bons soins donnés à leurs pensionnaires. Il leur est interdit de recevoir des cadeaux ou une rémunération des malades ou de leurs familles.

Des visites à domicile sont faites très régulièrement et très fréquemment par les médecins et les visiteurs de placement; chaque malade est vu au moins une fois par semaine. Le nourricier possède un livret sur lequel est indiquée l'identité du malade. Ce livret est paraphé par le médecin à chaque visite, et il y consigne ses observations, s'il y a lieu. En plus de ces fréquentes visites, les médecins reçoivent régulièrement les malades ou les nourriciers qui ont des doléances à leur présenter. La plupart des nourriciers s'acquittent bien de leur tâche et se montrent des auxiliaires dévoués du médecin.

Les établissements de Dun et d'Ainay comprennent des infirmeries et des locaux suffisants pour recevoir les malades qui, par leurs affections physiques, leurs infirmités ou leur grand âge ne peuvent rester chez les nourriciers. Par ailleurs, lorsque des malades, par une recrudescence de leur délire ou par leur agitation, ou par leurs réactions antisociales, ne se montrent plus aptes à jouir de ce régime de « liberté surveillée », on les envoie dans un hôpital psychiatrique départemental voisin ayant un contrat avec le département de la Seine : l'Hôpital psychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre) le plus souvent. Chaque colonie possède une pharmacie où tous les médicaments nécessaires aux malades sont distribués aux nourriciers. Une salle d'opérations permet de faire les

interventions urgentes. Un service de bains est organisé. Les distractions des malades ne sont pas négligées : ils ont à leur disposition une bibliothèque, on leur donne régulièrement des séances de cinéma et des représentations théâtrales.

Ainsi se trouvent en liberté les malades les plus divers, ce qui donne au pays un aspect très pittoresque. Avant la création des colonies familiales en France, on pensait que seuls les malades âgés pouvaient vivre dans ces conditions. Le premier transfert d'aliénés à Dun-sur-Auron ne comprenait que quelques vieilles, affaiblies intellectuelles. Avec l'expérience, on est devenu plus hardi, on trouve en colonie de grands malades qui s'adaptent parfaitement à la vie spéciale qui leur est faite. Ils sont pratiquement en liberté, vont et viennent à leur guise; certains travaillent chez l'habitant et arrivent ainsi à disposer de sommes assez importantes. Leur vie est simplifiée. Ils sont déchargés de tout souci matériel, leur existence est assurée. Ils sont l'objet d'une surveillance médicale constante. Ils sont entourés d'une population qui s'est adaptée à eux et qui ne les heurte pas. Mais il leur faut tout de même faire preuve d'une certaine initiative. Telles sont les conditions de vie qui ont permis de laisser en liberté de nombreux malades.

Parmi ces malades, nous trouvons quelques déficients intellectuels, des débiles ou des imbéciles qui n'ont pas de réactions antisociales, se montrent capables d'un certain attachement envers leur nourriciers et n'ont pas de réactions érotiques. C'est dire que ces malades sont assez peu nombreux, ces dégénérés ayant le plus souvent un érotisme très développé et étant toujours susceptibles de réactions perverses. On compte en moyenne, à Dun-sur-Auron, un idiot pour trois imbéciles et pour quatorze débiles.

Les déments séniles sont assez nombreux en colonie, on y trouve de bons vieillards, qui, tout en ayant un affaiblissement intellectuel notable, gardent cependant une certaine façade, une certaine aptitude à la vie sociale. Ces malades sont bien acceptés par les nourriciers, auxquels ils rendent

de menus services. Par contre, les déments profonds, avec effondrement de toutes leurs facultés intellectuelles, ne sont pas de bons malades de colonie. On ne trouverait pas de nourriciers voulant soigner convenablement les malades gâteux.

Un grand nombre de délirants se sont acclimatés à Dun-sur-Auron, Ainay-le-Château. Ce qui compte, en effet, pour la vie en colonie, ce n'est pas tant le délire que « l'aptitude aux réactions ». Certaines idées délirantes ont peu tendance à se transformer en actes. Souvent, après un temps plus ou moins long, le persécuté se résigne, et tel malade, autrefois dangereux, peut alors vivre en liberté surveillée. A la période mégalomaniacque des délires de persécution, les malades peuvent également être envoyés en colonie.

Il n'en est pas de même des déments précoces. Les impulsions dangereuses de ces malades, dont le déclenchement est brusque, ne permettent pas de les laisser en liberté. Cependant, certains schizophrènes se sont adaptés à la vie en colonie et même ont vu leur état s'améliorer. On trouve également en colonie quelques psychoses paranoïdes.

On a longtemps hésité à placer des paralytiques généraux. La difficulté de les traiter chez les nourriciers, la crainte d'une déchéance rapide, en étaient les causes. Néanmoins, certains paralytiques généraux fixés après malariathérapie, ou après un autre traitement, et insuffisamment améliorés pour être remis en liberté, ont pu être envoyés en colonie. Ainsi qu'il ressort du travail de Mlle Ghénia Bratanova ⁽¹⁾, la statistique des entrées dans les colonies d'Ainay-le-Château et de Dun-sur-Auron, des paralytiques généraux traités, indique une augmentation du nombre de ces malades : 13 en 1930; 15 en 1931; 27 en 1932; 35 en 1933; 18 en 1934; 44 en 1935; 28 en 1936. Un certain nombre d'entre eux bénéficie sans incident de ce mode de placement. Parfois on constate une

(1) *Le placement familial des paralytiques généraux fixés après traitement*, thèse Paris, 1938.

amélioration rapide. Mais des incidents ou accidents plus ou moins graves ont pu être observés ; des suicides rares, plus fréquemment des fugues et des évasions, de l'indocilité, des troubles du caractère et surtout de l'érotisme. Cet érotisme est la cause principale d'incident pour les malades femmes. Enfin on observe le gâtisme : c'est la cause principale de réintégration en établissement fermé pour les malades hommes. On sera donc particulièrement prudent dans l'envoi en colonie familiale des paralytiques généraux traités.

Quelque surprenant que cela puisse paraître, les colonies comptent dans leur effectif des mélancoliques. Ce sont des malades qui n'ont pas l'idée de suicide active. Mais ces malades font l'objet d'une surveillance toute particulière.

On rencontre également en colonie des hypomaniaques. Certains, par leurs vêtements fantaisistes, mettent une note imprévue dans les rues. Les habitants, qui y sont accoutumés, n'y prêtent guère attention.

Les alcooliques sont de mauvais malades, car il est bien difficile de les empêcher de s'adonner à leur vice.

Il n'y a pas d'épileptiques. Leurs crises effraient la population et leurs troubles habituels du caractère sont cause de difficultés constantes.

Malgré le large choix des malades, les incidents graves sont rares. En 1937, à Dun-sur-Auron, on n'a eu à déplorer ni homicide ni grossesse. Un malade qui avait quitté son placement a été tué sur une route par un automobiliste.

Incidents en 1937.

Evasions, 4 (2 de ces malades ont été ramenés à Paris).

Tentatives d'évasions, 5.

Fugues :

Malades rentrés seuls, 3;

Ramenés par les nourriciers, 5;

Ramenés par le personnel, 25;

Ramenés par les étrangers, 2.

L'état sanitaire est satisfaisant. Depuis la création des colonies, il n'y a pas eu d'épidémies. La mortalité est de 4 p. 100 au lieu de 10 p. 100 dans les établissements fermés.

Les colonies familiales sont actuellement en pleine prospérité. Ce mode de placement fait réaliser une économie notable, puisque le prix de journée à Dun en 1938 a été de 12 francs, alors que dans les différents établissements de la Seine le prix de journée moyen est de 35 francs. C'est de plus une ressource pour la population, et les malades sont d'autant mieux accueillis que le pays est plus pauvre.

Enfin, ce régime de liberté a apporté à certains malades une amélioration inespérée. Considérés comme chroniques lorsqu'ils étaient dans des établissements fermés, ils ont pu obtenir leur complète liberté après un séjour en colonie familiale. Il n'est pas douteux que le fait d'être entourés de gens normaux ne soit un grand bienfait pour les malades mentaux. « Toute psychothérapie, écrit le Docteur Hermann Simon (1), doit s'adresser non pas à la partie morbide, mais à la partie restée saine de la personnalité. » Lorsque le malade est mis en liberté surveillée, son esprit est sans cesse orienté par son entourage vers des préoccupations normales. Son délire n'intéresse personne. On ne l'écoute pas lorsqu'il parle, et ce désintérêt général contribue à en affaiblir la conviction. « Notre seule chance de guérir les délirants, écrit encore le Docteur Hermann Simon, est de faire le silence sur leur délire et de dévier constamment leurs préoccupations vers des témoins neutres ou logiques. »

Enfin, le malade en placement familial n'a pas une vie aussi facile que dans un établissement fermé. Quelque attentionné que soit le nourricier, le malade doit néanmoins prendre certaines initiatives, faire un effort, vaincre quelques difficultés, et là encore se vérifie l'opinion du Docteur Hermann Simon : « Il ne faut pas éviter aux malades, au moins de

(1) Hermann Simon, *Hygiène mentale*, janvier 1933, « La psychothérapie à l'asile ».

façon durable, toutes les difficultés, aplanir devant lui tous les obstacles. Une vie trop facile à l'asile est pour le malade un grand mal. »

Le placement familial nous paraît donc présenter de grands avantages. Il a une action salutaire sur l'état mental des aliénés, il est économique, il permet de lutter contre l'encombrement des hôpitaux psychiatriques.

L'étude du fonctionnement des asiles-colonies à l'étranger va nous montrer comment il serait possible d'orienter et de généraliser le placement familial en France.

Nous allons successivement passer en revue le fonctionnement des asiles-colonies en Belgique, en Suisse, en Allemagne et aux Etats-Unis d'Amérique.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

BELGIQUE : L'ASILE-COLONIE DE LIERNEUX

Primitivement colonie familiale, l'établissement de Lierneux s'est transformé en asile-colonie.

La Belgique possédait depuis longtemps à Gheel une institution où les aliénés étaient soignés en liberté chez l'habitant. L'origine de Gheel remonte au ^{vi}^e siècle et prend sa source dans une légende religieuse. Gheel fut d'abord un lieu de pèlerinage pour les aliénés, qui, peu à peu, s'installèrent chez l'habitant et envahirent les villages environnants. L'établissement de Gheel ne fut réglementé qu'en 1851, Gheel apparaît donc comme la première colonie familiale existant en Europe et probablement dans le monde entier.

Gheel, colonie familiale unique pour la Belgique, présentait un gros inconvénient : située en pays flamand, les malades de langue française qui y étaient envoyés se trouvaient très dépaysés. C'est pourquoi, en 1884, on fonda la colonie familiale de Lierneux.

Lierneux se trouve en pays wallon, dans la province de Liège. C'est une commune divisée en 14 hameaux loin de tout centre, condition qui facilite le placement des aliénés. On y construisit une infirmerie. Contrairement à ce qui se passe en France, où les malades placés en colonie sont choisis dans les asiles fermés, en Belgique, les aliénés peuvent

être placés directement en colonie. Il s'ensuit que le choix est fait d'une façon assez large, et qu'on se trouve souvent en présence de malades qui s'adaptent mal et qu'on doit reprendre. Ces malades ne pouvaient pas être envoyés dans les asiles fermés, qui les acceptaient difficilement. Ils devinrent rapidement une gêne pour la colonie. D'un autre côté, toujours à cause du manque de collaboration entre les colonies familiales et les asiles fermés, bien des malades qui auraient bénéficié du régime de liberté surveillée restaient dans les établissements fermés.

En 1907, l'encombrement de l'infirmerie de Lierneux devint tel qu'il fallut trouver une prompte solution du problème. C'est alors que le médecin directeur proposa la construction de nouveaux bâtiments pour loger les aliénés non placés chez l'habitant.

Un voyage d'étude fut fait en Hollande, particulièrement à l'asile de Veldwyc Ermelo, et en Allemagne, pays qui pratiquaient déjà le système d'asile-colonie. A la suite de ce voyage documentaire, on construisit à Lierneux :

- 1 pavillon d'observation pour hommes;
- 1 pavillon d'observation pour femmes;
- 1 pavillon pour hommes tranquilles;
- 1 pavillon pour femmes tranquilles;
- 1 infirmerie pour hommes;
- 1 infirmerie pour femmes;
- 1 salle d'opérations;
- 1 lazaret;
- 1 ferme;
- les bâtiments administratifs;
- les services de buanderie;
- la cuisine;
- le magasin.

L'ensemble de ces pavillons peut recevoir 300 malades environ. Ainsi la colonie familiale de Lierneux se trouva transformée en asile-colonie. La création d'un nouveau

pavillon d'une centaine de lits pour hommes vient d'être décidée par le Conseil provincial de Liège.

L'asile-colonie de Lierneux peut actuellement recevoir toutes les catégories de malades, traiter les affections aiguës et admettre dans ses pavillons les malades qui ne s'adaptent pas chez les nourriciers. Des relations aussi étroites que possible se trouvent établies entre l'asile et la colonie, et cette souplesse dans le fonctionnement de l'établissement permet de réaliser toujours les meilleures conditions de traitement pour le malade.

La colonie est divisée en quatre « sections ». Dans chaque « section » réside un infirmier appelé « garde de section », qui est placé sous les ordres directs d'un « chef garde ». Le chef garde visite toutes les sections. Chaque garde de section passe environ deux fois par semaine dans chaque placement de sa section. Il fait tous les jours un rapport au médecin directeur.

Les gardes de section sont choisis parmi les infirmiers de la colonie, la plupart possèdent le diplôme d'infirmier. Il en est cependant qui ne sont pas diplômés.

Le médecin directeur et les médecins adjoints font régulièrement des tournées d'inspection. Les membres du comité d'inspection et de surveillance en font aussi.

Le comité permanent d'inspection et de surveillance de la colonie arrête dans chacune de ses séances la liste des nourriciers destinés à recevoir des aliénés, après avoir l'avis du médecin directeur de la colonie. Ce comité est composé de membres de la députation permanente provinciale; du procureur du roi près le Tribunal de première instance de l'arrondissement, du juge de paix du canton, d'un délégué du gouvernement, du bourgmestre de la commune et d'un médecin.

Pour obtenir l'inscription sur la liste des nourriciers, les intéressés adressent au comité permanent une demande par écrit. L'inscription n'est accordée qu'à ceux qui peuvent satisfaire à certaines conditions de moralité, d'aptitude aux

soins de propreté et qui s'engagent à assurer aux malades un bien-être suffisant. A ce point de vue, des obligations très strictes leur sont imposées.

Les chambres servant de logement aux aliénés doivent avoir une surface de 6 mètres carrés, une hauteur de 2 m. 50. Les chambres situées au rez-de-chaussée seront élevées au moins d'une marche au-dessus du sol. Si elles se trouvent immédiatement sous la toiture, elles seront convenablement plafonnées en forme de mansarde. Elles doivent être munies de fenêtres pouvant s'ouvrir à volonté et ayant au moins 1 mètre de hauteur sur 0 m. 75 de largeur et garnies de châssis en fer. Le sol des chambres sera planchéié ou carrelé. Les murs et les plafonds doivent être blanchis à la chaux au moins deux fois par an et plus souvent s'il le faut.

Le nourricier doit fournir aux malades un lit de fer ou de bois, une paillasse et un matelas garni de laine ou de laine et crins mélangés, un traversin, deux paires de draps, deux ou trois couvertures, dont une de laine, suivant la saison, et une chaise. Les vêtements sont fournis par la colonie, mais le nourricier les entretient.

Un aliéné ne peut être logé dans une chambre avec une autre personne sans l'autorisation spéciale du comité permanent après avis du médecin chef. Dans ce cas, l'espace est calculé à raison de 12 mètres cubes au minimum par individu.

La nourriture doit être saine et abondante. Un service de bain est organisé à jours fixes à l'établissement pour les malades placés. On va chercher en voiture les malades qui résident loin ou qui se déplacent difficilement.

Une famille ne peut recevoir plus de deux malades. Il est interdit de placer des aliénés de sexe différent chez le même nourricier. Il ne pourra être accordé un second malade au même nourricier qu'après que toutes les familles postulantes portées au registre seront pourvues d'un aliéné.

Les nourriciers reçoivent des indigents, mais on place également à Lierneux des malades payants, qui sont alors chez

des « hôtes ». On remet à l'hôte ou au nourricier un livret indiquant le nom, l'âge, le sexe, la profession, l'état civil et le domicile de l'aliéné qui lui est confié. Ce livret doit être paraphé lors de chacune de leur visite par les personnes qui les inspectent et par les médecins. Ceux-ci y inscrivent les prescriptions médicales et diététiques. On y mentionne aussi les paiements qui sont faits au nourricier.

Les nourriciers sont responsables de tous les dommages ou dégâts occasionnés par les malades. Ils ne peuvent employer aucune mesure de coercition ou de contrainte. Ils doivent surveiller les malades, veiller à ce qu'ils n'aillent pas au cabaret, prévenir la direction en cas de maladie ou d'évasion. En cas d'évasion d'un aliéné, l'hôte ou le nourricier doit avertir le garde de section, le médecin en chef et le bourgmestre de la commune, ceux-ci prennent de concert les mesures nécessaires pour la recherche de l'évadé. Un tarif d'indemnité pour la reprise des aliénés évadés est fixé à 75 centimes par 5 kilomètres de distance de l'habitation de leur nourricier. Cette indemnité, ainsi que les frais de route et de séjour dans les asiles sont supportés, s'il y a lieu, pour trois quarts par le nourricier et pour un quart par le garde de section. Toutefois, si l'aliéné évadé est pensionnaire chez un hôte, celui-ci est seul à supporter ces frais. Le cas échéant, on peut lui retirer l'autorisation de prendre des pensionnaires.

Les malades travaillent avec leurs nourriciers lorsqu'ils sont capables de le faire. Ces travaux sont essentiellement agricoles, les nourriciers étant des cultivateurs ou des bûcherons.

Les malades sont répartis en quatre catégories, suivant le rendement de leur travail :

1° De bons travailleurs, équivalant à un bon domestique de ferme. On en compte environ 5 p. 100;

2° De petits travailleurs, aidant aux travaux, mais de rendement beaucoup moins bon. On en compte environ 10 p. 100;

3° Des oisifs, ne rendant au nourricier que de minimes

services : porter de l'eau, couper du bois, faire des courses. Ce sont les plus nombreux, soit 80 p. 100.

4° Des malades oisifs et difficiles, ne travaillant pas et devant être très surveillés. Ce sont des épileptiques, des malades malpropres, etc.

Les nourriciers sont rémunérés d'après la catégorie à laquelle la malade appartient. Actuellement, ils reçoivent par jour :

Pour un bon travailleur, 3 fr. 20;

Pour un petit travailleur, 4 fr. 50;

Pour un oisif, 7 fr. 25.

Pour un oisif difficile, 8 francs.

Le prix de journée d'entretien payé à l'administration de la colonie est fixé chaque année par le ministère de la Justice : il était, pour 1937, de 13 fr. 40.

Le taux de la rétribution à allouer aux malades par les nourriciers n'est pas déterminé : ils doivent leur donner chaque semaine du tabac et une petite somme d'argent. Cette somme varie suivant les services rendus et suivant la générosité du nourricier.

Les aliénés qui ne peuvent être placés et qui, tout en restant dans les pavillons, travaillent pour l'établissement sont rémunérés par la colonie. Avec ce pécule, ils se procurent quelques douceurs. L'excédent est gardé par l'administration et leur est remis à la sortie.

Les malades les plus faciles à placer sont les débiles mentaux, les imbéciles, les paranoïaques dont le délire n'est pas trop actif, les petits déprimés sans idées actives de suicide. Il y a très peu d'épileptiques. On trouve difficilement des nourriciers voulant bien se charger d'eux malgré la forte rémunération qui leur est accordée pour cette catégorie de malades. On place également à Lierneux des alcooliques, mais il est difficile de les empêcher de boire. Il y a également quelques paralytiques généraux traités et quelques déments précoces. Ce sont les débiles qui s'adaptent le mieux.

L'âge des malades placés est variable, on en trouve de 15 à 85 ans. Mais lorsque les malades deviennent gâteux, ils rentrent à l'établissement, où ils reçoivent les soins que nécessite leur état. Hommes et femmes s'adaptent également à ce régime de liberté surveillée.

Un certain nombre de malades venant d'établissement fermé sont envoyés à Lierneux comme premier essai de réadaptation sociale. Ils se trouvent fort bien de ce changement. On explique à ces convalescents que leur bonne conduite dans le village hâtera leur sortie. A côté de ces malades curables, beaucoup de chroniques sont placés, et, satisfaits de leur sort, ne demandent pas à être rendus à la liberté et à être de nouveau livrés à eux-mêmes dans des conditions sociales normales.

Les accidents sont rares, les suicides tout à fait exceptionnels. Il n'y a jamais eu d'homicide à déplorer. De petits délits de vagabondage se sont produits, mais toujours de minime importance et n'occasionnant pas d'ennuis sérieux. Les incidents sexuels sont tout à fait exceptionnels et les malades en sont plutôt les victimes que les auteurs. Les accidents du travail sont rares, et ils n'ont jamais été suivis de procédure pour l'obtention d'une indemnité. La responsabilité personnelle des malades ne peut être mise en cause, étant donné qu'ils sont régulièrement internés. En effet, les malades placés ne bénéficient pas d'un statut spécial. Ils sont considérés du point de vue légal exactement comme ceux qui sont dans un établissement fermé.

Ils reçoivent librement la correspondance qui leur est adressée, mais le médecin directeur peut retenir leurs écrits, à l'exception de ceux qui sont adressés aux autorités.

Les biens de tous les malades sont administrés par le procureur du roi du lieu de l'établissement. La valeur de leur testament ou d'une signature pour acte juridique est déterminée par le Code civil au même titre que pour les aliénés internés dans les asiles fermés.

Presque tous les malades sont des indigents. On en compte

620 environ. Seuls une vingtaine de pensionnaires proviennent de la petite bourgeoisie.

En général, les familles des malades sont heureuses du résultat des placements. Des relations d'amitié s'établissent fréquemment entre elles et les nourriciers. Beaucoup de familles préfèrent placer leurs malades à Lierneux plutôt que dans les autres établissements, à cause des avantages du placement familial.

« Pour les malades à même d'en bénéficier, nous écrit le Docteur Massaut, directeur de la colonie de Lierneux, j'estime que le placement familial est infiniment plus profitable et plus agréable que le séjour dans un asile fermé. Même pour les malades atteints d'affections incurables, cette demi-liberté procure un genre de vie beaucoup plus normal. Tous souffrent moins de la suppression de leur liberté. L'asile-colonie type Lierneux me paraît préférable à la colonie type Gheel. Dans le système de la colonie pure, la répartition logique des malades susceptibles de bénéficier du régime familial est très mal faite. D'autre part, l'encombrement des asiles fermés empêche de diriger vers ces asiles les malades inaptes à envoyer en colonie. Grâce à mes pavillons, nous pouvons les garder et les soigner convenablement sur place. Enfin, si, au cours de son séjour en placement, tel malade devient momentanément ou définitivement inapte au régime familial, il peut, grâce aux pavillons, réintégrer l'asile. J'ajouterai encore que les pavillons de l'asile fonctionnant avec la colonie, les deux ne formant qu'un tout, permettent de faire un choix plus judicieux des malades susceptibles de bénéficier du régime familial. »

Signalons, pour compléter l'étude de l'assistance aux aliénés en Belgique, qu'il existe à Liège un dispensaire d'hygiène mentale qui soigne les petits malades mentaux non internés, et qui s'occupe des malades sortis des asiles en sortie d'essai. Il n'existe pas de patronage comme en Suisse.

CHAPITRE II

SUISSE

La Suisse, comme les autres pays, n'a pas échappé à l'encombrement des asiles. Cet encombrement a été une des causes de la création des placements familiaux. Le système adopté fut celui de l'asile-colonie. Les malades, après un séjour à l'asile, où ils sont observés et triés, sont placés chez des nourriciers. Ils restent soumis à la surveillance du personnel de l'asile et sont réintégrés à l'établissement lorsque cela est nécessaire.

C'est le canton de Berne qui a fait les premiers placements familiaux en 1901. Puis celui de Vaud en 1904, Schaffhouse en 1907, Zurich en 1909. Dans certains cas, on a pu grouper jusqu'à trente malades chez le même nourricier, créant ainsi une sorte de service ouvert. Il ne semble pas que ce procédé, d'ailleurs rarement réalisé, corresponde à l'idée de l'asile-colonie, dont le principal avantage, au contraire, est de disperser les aliénés, de les mettre le plus possible en contact avec un milieu normal et de les soustraire à la promiscuité de l'asile.

Le placement familial dans la plupart des cantons fait l'objet d'un règlement spécial; cependant certains d'entre eux pratiquent le placement familial sans qu'il soit sanctionné par aucun règlement.

Placement familial dans le canton de Zurich.

Dans le canton de Zurich, le placement familial est placé sous le contrôle d'un « inspectorat » cantonal des aliénés créé par un décret du 12 mai 1909. L'inspecteur est un médecin élu pour trois ans, il dépend de la direction du département sanitaire. Il est membre de la commission pour la surveillance générale des maisons privées d'aliénés.

Le Conseil d'inspection, d'accord avec les directeurs des établissements d'aliénés du canton, choisit parmi les malades internés ceux qui pourront être placés. On peut néanmoins placer des malades directement dans les familles, mais dans ce cas on exige les mêmes formalités que pour un internement. Lorsqu'ils ne s'adaptent pas chez les nourriciers, les malades sont repris dans les établissements publics. Les nourriciers qui acceptent les aliénés doivent les traiter comme des membres de leur famille. Ils doivent entretenir leurs vêtements. Il leur est interdit de mettre, dans une même chambre à coucher, des malades adultes avec des enfants et des personnes d'un autre sexe. Les moyens de coercition sont interdits; en cas d'agitation il faut faire venir un médecin. Les malades doivent être engagés à travailler, mais n'y sont pas obligés.

Le montant de la pension est réglé par un accord entre le conseil d'inspection et les nourriciers. Pour l'établir, on prend en considération les soins que réclame le malade et sa capacité de travail. Certains malades gagnent entièrement leur vie.

Une infirmière visiteuse au service de l'établissement visite les placements. Il en est de même dans les établissements vaudois, valaisans et bernois.

En nous reportant aux rapports annuels des inspections cantonales du canton de Zurich, nous trouvons les chiffres suivants, qui montrent le développement du placement familial dans ce canton.

Répartition des malades dans le canton en 1930.

Localités	Placement	Nombre de malades
Zurich	107	108
Affoltern	3	3
Horgen	6	6
Meilen	15	32
Hinwil	9	12
Uster	11	12
Pfäffikon	8	8
Wenterthur	17	18
Andelfingen	33	38
Bülach	12	13
Dielsdorf	46	58
Hors du canton	25	42
TOTAL	292	350

Répartition des malades dans le canton en 1933.

Localités	Placement	Nombre de malades
Zurich	107	108
Affoltern	3	3
Horgen	6	6
Meilen	15	32
Hinwil	11	12
Uster	8	8
Winterthur	17	18
Andelfingen	45	54
Bülach	17	17
Dielsdorf	51	58
Hors du canton	25	42
TOTAL	307	354

Nombre de malades par placement en 1929 et 1930.

	En 1930	En 1929
1 malade par famille dans..	271 placements	258 placements
2 malades par famille dans ..	11 placements	16 placements
3 malades par famille dans..	4 placements	4 placements
4 malades par famille dans..	2 placements	2 placements
5 malades par famille dans..	2 placements	1 placement
7 malades par famille dans..	— placements	1 placement
9 malades par famille dans..	1 placement	1 placement
12 malades par famille dans..	— placement	1 placement
18 malades par famille dans..	1 placement	— placement
TOTAL	292	283 placements

Nombre de malades par placement en 1932 et en 1933.

	En 1933	En 1932
1 malade par famille dans..	283 placements	284 placements
2 malades par famille dans..	16 placements	19 placements
3 malades par famille dans..	4 placements	4 placements
4 malades par famille dans..	2 placements	3 placements
6 malades par famille dans..	1 placement	— placement
7 malades par famille dans..	— placement	1 placement
13 malades par famille dans..	1 placement	— placement
19 malades par famille dans..	— placement	1 placement
TOTAL	307	312 placements

Au 1^{er} janvier 1934, on comptait 233 hommes placés et 217 femmes, soit 450 malades en placement familial.

L'accroissement des malades placés, qui fut d'abord rapide, se fait maintenant plus lentement. Au début, en effet, on plaçait surtout des imbéciles et des idiots. On place maintenant beaucoup de schizophrènes, d'alcooliques et de déli-

rants. La difficulté consiste à trouver des familles voulant bien se charger de s'occuper de faire travailler ces malades.

Dans le rapport annuel du conseil de l'inspection cantonale de 1931, on signale également la difficulté qu'il y a à faire travailler certains malades aux travaux des champs lorsqu'ils n'y ont pas été accoutumés. Beaucoup ne veulent travailler que de leur profession. L'ouvrier ne s'intéresse pas à l'agriculture, ou, s'il le fait, c'est pour peu de temps. D'autre part, on trouve peu de patrons qui veulent employer des malades comme ouvriers. Le chômage limite aussi le travail des aliénés, on ne peut pas priver des hommes sains de leur travail en faisant employer des aliénés à plus bas prix.

*
**

Le placement familial est organisé suivant les mêmes principes dans les cantons de Vaud, Schaffhouse, Scleure, Argovie, Bâle, dans le Jura bernois, dans le canton de Saint-Gall, dans le Valais.

En Suisse, chaque établissement d'aliénés possède un patronage qui s'occupe des malades guéris ou améliorés, aide les familles peu fortunées à payer les frais de séjour et développe l'assistance aux aliénés. Ce sont ces patronages qui procurent les familles de nourriciers. Ils exercent de plus une surveillance sur les malades placés.

La Suisse apparaît comme le pays où l'assistance aux aliénés est le plus développée et le mieux organisée. C'est pourquoi, bien que cela sorte du cadre de notre étude, nous mentionnerons les polycliniques psychiatriques et neurologiques de Zurich, Bâle, Berne, Lausanne et Genève. En dehors de ces polycliniques, des consultations sont données régulièrement dans la plupart des établissements cantonaux par les médecins de ces établissements. Ces consultations exercent une action prophylactique remarquable permettant de traiter de nombreux malades « petits mentaux » et de guider les familles sur les mesures à prendre dans les cas plus graves.

CHAPITRE III

ALLEMAGNE

Il n'y a pas en Allemagne de colonie familiale analogue à celles de Gheel, de Dun-sur-Auron et d'Ainay-le-Château. D'après le Docteur Buße, directeur de l'asile d'Allenberg, il faut en chercher la cause dans le fait que de telles créations nécessitent un régime administratif avec une centralisation très développée, ce qui est le cas en Belgique, et surtout en France, mais non pas en Allemagne. Un essai de ce genre a néanmoins été tenté à Jérichow, mais il échoua, et l'établissement de Jérichow s'est agrandi par la suite et s'est transformé en asile-colonie.

Le système écossais de « dispersion des aliénés » sans aucun lien avec un hôpital psychiatrique n'existe pas non plus en Allemagne. Le seul mode de placement familial qu'on y pratique est l'asile-colonie. C'est le directeur de l'établissement qui organise le placement familial, et le développement de ce mode d'assistance dépend en grande partie de son opinion sur la question. Partout où on l'a tenté, l'asile-colonie a donné les meilleurs résultats.

Le premier essai de placement familial de malades mentaux date du XVIII^e siècle. Il ne fut pas d'inspiration officielle, et c'est dans une maison de santé privée qu'il fut tenté.

Dès 1764, en effet, le Docteur Engelken, qui dirigeait une petite maison de santé à Rochwenkel, près de Brême, plaçait des malades dans le voisinage de sa clinique. Le succès de cette initiative privée incita l'Administration des établissements publics à en tenter l'essai. L'établissement de Goddlan commença en 1865; puis ce fut celui de Richberg,

en 1869; de Saint-Jugens, près de Brême, en 1878; de Berlin-Witteneau, de Bunzlau, en 1886.

Au siècle dernier, l'assistance familiale la plus prospère fut celle que réalisa à partir de 1880 le Docteur Ferdinand Wahrendorff, directeur d'une maison de santé privée à Ilten. A sa mort, il y avait 140 malades placés dans les villages situés au voisinage de sa clinique. On l'a appelé « le père du placement familial en Allemagne ».

D'après le Docteur Konrad Alt, il y avait, en 1902, 1.200 malades placés chez des nourriciers en Allemagne; en 1906, on en comptait 2.400; le nombre en avait doublé en quatre ans. Puis vint la guerre, et ce nombre décru rapidement. Il diminua d'année en année et atteignit son point le plus bas lors de la dévaluation du mark, pour remonter à nouveau à la stabilisation de la monnaie. Il y avait à cela plusieurs raisons : en l'absence des hommes partis à l'armée, les femmes n'avaient pas assez d'autorité pour garder des malades, surtout lorsqu'il s'agissait de malades hommes. En raison de l'augmentation du coût de la vie, les prix de pension payés par les établissements aux nourriciers étaient insuffisants. L'approvisionnement était difficile et l'on hésitait à prendre de nouvelles personnes à nourrir. Enfin le personnel manquait dans les hôpitaux psychiatriques, aussi avait-on tendance à y garder les malades travailleurs.

En 1927, sous la direction d'un groupe de médecins d'asile, on procéda au recensement des malades placés chez l'habitant. Nous croyons intéressant d'en donner les chiffres, bien qu'ils ne soient pas récents. A cette date, Berlin, Schleswig, Holstein et la Westphalie ont des placements familiaux autour de tous leurs établissements. On en trouve également un grand nombre en Saxe, au Wurtemberg, en Prusse Orientale, à Brandebourg, en Poméranie, en Silésie.

L'établissement de Brême avait 19 p. 100 de ses malades en placement, ensuite venait Berlin avec 11,2 p. 100, Hesse-Nassau avec 8,6 p. 100, la Prusse Orientale avec 7,4 p. 100, la Saxe avec 6 p. 100, la Poméranie avec 4 p. 100.

Il y avait en Prusse 66 établissements d'Etat qui pratiquaient le placement familial. Ces établissements comptaient en 1927 64.103 malades et 4 p. 100 de ces malades étaient placés.

Dans toute l'Allemagne, il y avait 131 établissements d'Etat qui pratiquaient le placement familial. Ces établissements comptaient, le 1^{er} octobre 1927, 106.828 malades; 2,6 p. 100 de ces malades étaient placés, soit 2.816 malades. Sur ces malades, 318, c'est-à-dire la huitième partie, étaient dans des familles d'infirmiers.

Le placement se fait surtout autour de l'établissement, mais quelquefois aussi dans des villages éloignés. C'est le cas de l'asile de Witteneau, où les placements les plus éloignés sont à 70 kilomètres de l'établissement. Ce fait est exceptionnel, la règle habituelle est de limiter les placements au voisinage de la ville.

Le personnel médical des établissements visite régulièrement les malades. Comme nous l'avons déjà vu pour les autres pays, les nourriciers doivent traiter les malades avec bonté. La nourriture est très surveillée, les vêtements sont fournis par l'établissement, le nourricier les entretient.

Les malades ne doivent pas partager leur chambre avec un membre de la famille chez qui ils sont placés. On admet cependant qu'on puisse loger deux malades dans la même chambre, pourvu qu'elle soit suffisamment grande.

Les bains d'autrefois étaient pris à l'établissement. Actuellement, lorsque cela est possible, les malades se baignent chez leur nourricier, ils doivent avoir deux bains par mois au moins. Les malades prennent part aux fêtes du village et aux distractions de leurs nourriciers.

Le nombre maximum de malades par famille est de trois.

On ne paie pas de pension pour les malades qui sont de bons travailleurs. Les nourriciers sont indemnisés par le travail de leur malade. Jusqu'à ces dernières années, aucune rétribution n'était donnée au malade pour son travail, mais, actuellement, dans de nombreux asiles, dont l'asile de

Breslau, le malade reçoit un salaire de son employeur. Lorsqu'il n'est pas assez raisonnable pour qu'on lui confie cet argent, on le verse à l'établissement et on constitue ainsi un « pécule de sortie ».

Certains malades bons travailleurs touchent un salaire suffisant pour s'acheter des vêtements et subvenir entièrement à leurs besoins. Ces cas sont rares, mais méritent néanmoins d'être cités.

On veille à ne pas placer trop de malades dans le même village. Les aliénés sont dispersés le plus qu'il est possible, de manière à être noyés dans la population.

Les hommes et les femmes sont toujours placés chez des nourriciers différents.

Des cours et des conférences sont faits aux nourriciers, qui s'instruisent volontiers.

Il existe en Allemagne des patronages semblables à ceux qui fonctionnent en Suisse.

Les malades placés sont considérés au point de vue légal comme lorsqu'ils étaient internés. Ils ont des tuteurs, des administrateurs des biens et sont irresponsables.

On place dans ces conditions des malades chroniques non susceptibles de réactions dangereuses. Ce sont des débiles qui, privés de soutien familial, ne sont pas capables de vivre sans surveillance, quelques déments précoces, des paralytiques généraux après malariathérapie, et quelques délirants. On place peu d'épileptiques. En effet, on ne peut confier à des nourriciers que ceux qui ont peu de crises, peu d'équivalent et qui ne paraissent pas dangereux. L'établissement leur fournit le bromure et le luminal.

A côté de ces chroniques, placés surtout pour des raisons d'économie, on place des convalescents dans un but thérapeutique. Le placement familial leur permet de se réadapter progressivement à la vie normale. Les alcooliques, entre autres après une cure de désintoxication, sont confiés à des nourriciers. On évite ainsi à ces malades une sortie hâtive, ou un séjour prolongé à l'asile, où, une fois désintoxiqués,

ils ne sont pas à leur place. Ils sont surveillés par leur nourricier. Une pression est faite sur eux pour qu'ils entrent dans une ligue antialcoolique (croix bleue). On trouve en placement familial peu de malades âgés, mais surtout des malades jeunes ou d'âge mûr en bonne santé physique.

Le directeur de l'hôpital psychiatrique de Breslau estime qu'il est plus facile de placer les hommes que les femmes. Le directeur de l'hôpital d'Allenberg émet la même opinion.

Nous étudierons les particularités de quelques hôpitaux psychiatriques allemands sur lesquels nous avons pu recueillir des renseignements.

*
**

Hôpital psychiatrique de Uchspringe.

L'hôpital psychiatrique de Uchspringe en Saxe, date de 1894. Le placement familial y fut créé par le Docteur Konrad Alt. Il plaça d'abord ses malades à environ 1 km. 500 de l'hôpital, dans un groupe de maisons habitées par les infirmiers. Par la suite, on construisit spécialement des villages d'infirmiers dans le but d'y établir les placements familiaux. Les habitations furent toutes construites sur le même modèle. Il fut prévu huit pièces : six pour la famille et deux pour les malades, soit une grande chambre pour deux et une petite pour un malade. Les résultats furent excellents. Les placements s'étendirent jusqu'à un rayon de 25 kilomètres. Un service d'automobiles fut organisé pour assurer le va-et-vient entre l'établissement et l'hôpital. Dès 1908, il y avait 1.446 aliénés de placés.

D'après un rapport du Docteur Ladame, rapport fait après une visite d'études à Uchspringe, on distingue trois groupes de malades placés :

« 1° Les convalescents de maladie mentale qui ne font plus de progrès à l'asile et qui ont besoin d'un changement de milieu pour arriver à la guérison.

» 2° Les aliénés délinquants placés d'office comme irresponsables et reconnus inoffensifs, mais auxquels on ne pourrait octroyer une liberté complète. Ceux-ci sont mis en quarantaine dans les familles jusqu'à ce qu'ils aient fourni la preuve par leur conduite qu'on pouvait les rendre à leur ancien métier et à la vie sociale. Cependant, il reste un certain nombre de ces malades qui ne peuvent supporter que la vie de l'asile et qui sont toujours insociables.

» 3° Les cas chroniques auxquels convient une certaine liberté et qui n'ont plus besoin d'un traitement médical régulier, mais qui doivent encore rester sous une surveillance attentive. »

On a essayé de placer des épileptiques, mais très peu ont pu s'adapter.

L'établissement possède une section pour enfants et on plaçait chez les nourriciers les enfants de 8 à 14 ans. Actuellement, cette section s'est transformée et agrandie : elle comprend 650 places et possède une école. Aussi les enfants ne sont plus placés dans les familles, mais restent à l'établissement.

*
**

Placement familial à Jérichow.

En novembre 1899 le Docteur Konrad Alt, directeur de l'hôpital psychiatrique de Uchspringe, soumit aux autorités un plan d'extension du placement familial. Le plan comprenait la construction d'un établissement à Jérichow pouvant hospitaliser 150 malades et qui servirait de centre d'où les malades seraient placés dans les villages environnants. En attendant la construction des bâtiments, une habitation de Jérichow servit d'infirmerie. Elle possédait 20 lits. Une semaine après l'ouverture de l'hôpital, 5 malades furent placés à Jérichow. Dans les années qui suivirent, 43 malades furent placés dans 29 familles différentes. Puis le nouvel hôpital s'ouvrit, et en cinq ans 200 malades furent placés.

L'établissement de Jérichow était une colonie familiale et non un asile-colonie. Le Docteur Konrad Alt était d'avis de généraliser cette méthode en Allemagne. Son projet n'a pas eu de suite. Peu à peu l'établissement de Jérichow s'est transformé, et il fonctionne actuellement comme asile-colonie.

*
**

Hôpital psychiatrique de Erlangen.

L'hôpital psychiatrique de Erlangen a environ 1.000 malades. Seuls les malades nécessitant des soins attentifs et constants sont gardés à l'établissement, les autres sont placés à proximité. Ils sont visités régulièrement par les médecins et les infirmiers. Ces visites sont faites d'autant plus souvent que le placement est plus récent. Le prix donné aux nourriciers varie, suivant les cas, il dépend du travail que le malade peut fournir et des soins qu'il réclame.

*
**

Le placement familial se développe progressivement en Allemagne. Le système adopté a été partout, à l'exception de Jérichow au début, celui de l'asile-colonie.

Les accidents graves ont été très rares. De 1917 à 1927, dans 69 établissements qui pratiquaient le placement familial, on a compté :

- 149 fugues sans gravité;
- 8 blessures;
- 8 accidents;
- 5 grossesses;
- 3 suicides;
- 1 incendie.

Pour un si grand nombre de malades et sur un espace de dix ans, c'est évidemment très peu. Le directeur de l'asile de Breslau considère la fugue comme un fait typique et assez

fréquent dans tous les placements familiaux. Le malade disparaît pour revenir deux ou trois jours après chez ses nourriciers.

Un des gros avantages du placement familial, en Allemagne comme ailleurs, est l'économie qu'il réalise et le fait qu'il permet de décongestionner les établissements. L'encombrement des asiles se fait sentir en Allemagne comme dans les autres pays. Dans la province de Saxe, le nombre des malades a augmenté depuis 1914 de 13 p. 100, et les dépenses ont plus que doublé. Dans les autres provinces les proportions sont les mêmes, aussi les établissements sont presque tous obligés de s'agrandir.

« Le placement familial est bon marché, écrit le Docteur Ernst Buffe. Il économise d'énormes capitaux en évitant d'agrandir les établissements. »

CHAPITRE IV

ETATS-UNIS D'AMERIQUE

I. — *Massachusetts.*

Le premier essai d'assistance familiale aux Etats-Unis fut fait au Massachusetts. Dès 1862, le Docteur William Prince avait signalé l'encombrement progressif des hôpitaux psychiatriques et la lourde charge que les aliénés ne manqueraient pas de représenter à l'avenir. Le Docteur Pliny Earle, son successeur au poste de directeur de l'hôpital de Walthamton, fit, en 1851, une publication sur le placement familial des aliénés à Gheel, où il venait de faire un voyage d'études. Il s'y montrait favorable à ce mode d'assistance, mais il faisait la réserve que ce système pouvait donner lieu à des abus et demandait une réglementation spéciale. En 1890, d'accord avec plusieurs personnalités, il demanda qu'il fût créé au Massachusetts une commission d'études pour le placement familial des aliénés.

En 1885, à une réunion de l'Association des médecins d'asile, on émit le vœu que les malades pussent être placés à la campagne chez des fermiers.

Le Docteur Bemis, médecin de l'hôpital de Worcester, demanda en 1886 la création d'un hôpital psychiatrique central autour duquel les malades tranquilles seraient placés chez l'habitant. Les malades aigus, ceux qui peuvent être violents et dangereux, les déprimés à idées de suicide, seraient gardés et traités à l'établissement. C'est le principe même de l'asile-colonie.

En 1885, une loi autorisa dans toute la République le placement des aliénés tranquilles et des chroniques chez des nourriciers convenables, à condition que le prix payé ne dépasserait pas celui des établissements publics. Les aliénés devront être visités au moins une fois tous les trois mois. Il est permis de faire réintégrer l'hôpital aux malades placés; puis de les remettre chez des nourriciers, et ceci autant de fois que le médecin le jugera utile.

Cette loi entra en application le 10 juillet. Trente jours après, le 10 août 1885, deux indigents étaient envoyés en placement. Il y avait 29 malades de placés au 1^{er} janvier 1886. Trois ans après, on en comptait 60, dont les deux tiers étaient des femmes. Une des malades placées en 1885 vivait encore en 1935, satisfaite de son sort; elle a déclaré qu'elle avait trouvé chez ses nourriciers un second foyer.

Tous ces malades sont choisis dans les hôpitaux psychiatriques. On ne peut pas mettre d'aliénés directement en placement familial.

Dès 1890, on signale que les convalescents tirent profit du placement familial. Ce mode de placement réalise une transition qui permet au malade de se réadapter progressivement à la vie sociale. Cette étape s'est montrée très utile à certains malades, qui arrivent ainsi mieux et plus vite à la guérison complète.

On essaie autant qu'il se peut de placer les malades chez des nourriciers d'un niveau social correspondant au leur. Le choix présente une bien plus grande importance pour les convalescents que pour les malades chroniques. Le rôle du nourricier dans ce cas est en effet très délicat, car il participe à une action thérapeutique. Tous les essais faits dans ce sens ont été encourageants.

Ce système de placement familial est appliqué dans les 11 hôpitaux psychiatriques du Massachusetts. Nous étudions plus spécialement l'hôpital psychiatrique de Gardner.

*
* *

Placement familial à l'hôpital psychiatrique de Gardner.

L'hôpital psychiatrique de Gardner fut à l'origine un établissement pour les malades travailleurs, puis il s'est transformé en asile-colonie.

Il se compose d'un centre hospitalier avec des locaux administratifs, d'une admission et de services pour les malades qui ne peuvent être mis en liberté surveillée. On a placé les autres malades dans les villages qui sont aux environs de l'établissement. En 1935, il y avait 106 malades placés chez 22 nourriciers différents. Le nombre de malades confiés à une famille varie de 2 à 6. La moyenne est de 3. C'est par exception qu'on donne 6 malades à une même famille. Le choix du malade est fait par les médecins spécialistes de l'hôpital. Ils visitent souvent et régulièrement leurs malades et continuent de les traiter. Les malades sont également visités par les employés du service d'hygiène, par les assistantes sociales, par un dentiste et par le pasteur de la paroisse.

Le prix de la pension des malades ainsi placés est très inférieur au prix de journée à l'hôpital. De plus, il est pratiquement fixe, alors que le prix de journée à l'hôpital varie.

Les nourriciers sont choisis avec soin, les assistantes sociales veillent à ce que les malades aient le bien-être nécessaire et soient bien traités. Les nourriciers viennent régulièrement à l'hôpital, où des cours leur sont faits.

Beaucoup d'entre eux sont d'ailleurs d'anciens employés de l'établissement. Il est à remarquer que tous retirent de ce contact étroit avec l'hôpital une amélioration de leur mentalité et une élévation de leur niveau intellectuel. On constate chez eux, après quelque temps, une meilleure présentation. Leur maison est mieux tenue, ils apprennent des règles d'hygiène que, pour la plupart, ils ignoraient auparavant.

II. — *Etat de New-York.*

A. — Placement familial à l'établissement de Newark.

On trouve au centre de rééducation de Newark des enfants arriérés en même temps que d'autres malades mentaux. Cet établissement a été le premier de l'Etat de New-York à pratiquer le placement familial.

Le Docteur Charles-L. Vaux a placé les premiers malades en septembre 1931. Il y avait en 1935 103 malades de placés. On a organisé à Newark trois types de placement familial :

- 1° Le placement familial communauté dans un village;
- 2° Le placement familial individuel;
- 3° Le placement familial école.

1° PLACEMENT FAMILIAL COMMUNAUTÉ.

C'est le petit village de Walworth qui a été choisi, ce village de 300 habitants présente l'avantage d'être loin du chemin de fer et des grandes routes. Les malades peuvent ainsi se promener sans être en danger. Il est assez rapproché de l'établissement de Newark pour pouvoir être accessible à tous moments, ce qui facilite la surveillance et permet aux médecins de continuer à traiter leurs malades. Enfin l'absence d'industrie a contribué à rendre ce village propice au placement des aliénés.

Une maison située au centre du village et habitée par un infirmier sert d'infirmerie lorsque cela est nécessaire. Elle possède dans ce but une chambre de 2 lits, chauffée et ayant accès directement au dehors. On y soigne les aliénés qui font une maladie de peu de durée, ce qui évite de leur faire réintégrer l'établissement pour des affections physiques sans gravité.

Dans cette habitation se trouve également un dépôt de pharmacie et une salle de réunion pourvue d'illustrés, de

jeux, d'un appareil de radio et d'un piano. Le tout est fourni par l'administration. L'infirmier qui habite cette maison surveille les malades placés dans le village, veille à leur bonne tenue, tient la feuille des pesées et sert d'intermédiaire entre les médecins, les malades et les nourriciers.

Les malades sont placés chez les habitants du village, d'autres sont dans des fermes environnantes. On place le plus souvent 2 malades par famille. En effet, un plus grand nombre d'aliénés ne serait pas absorbé dans la vie de la famille.

Les demandes de malades sont nombreuses. Beaucoup sont rejetées. Un rapport est fourni au directeur de l'établissement par les assistantes sociales sur la famille, l'habitation, les conditions de vie, la moralité, etc.

Les habitants se sont très vite habitués aux aliénés. D'ailleurs, beaucoup de malades sont dans des familles d'infirmiers. Le plus souvent, ils mangent avec leurs nourriciers et sont très heureux.

On a réussi à placer un aveugle qui a su rapidement trouver le chemin de sa maison et s'oriente très bien dans le village. Une épileptique a pu trouver des nourriciers qui ont bien voulu la garder malgré ses crises et qui veillent sur elle et surveillent son alimentation. Une déprimée placée depuis trois ans n'a pas eu de crises de dépression depuis son placement.

Les assistantes sociales, qui, aux Etats-Unis, collaborent toujours avec les médecins traitants, visitent chaque placement au moins une fois par mois. Mais, lorsqu'il s'agit d'un placement récent, leurs visites sont beaucoup plus fréquentes, et parfois elles viennent plusieurs jours de suite pour éduquer les nourriciers et se rendre compte du comportement des malades.

Il n'y a eu aucun accident à déplorer. Il n'y a pas d'évasions. Très souvent, les malades sentent qu'ils ont été placés sur parole et veulent mériter la confiance qu'on leur a montrée. Surtout, ils sont plus heureux qu'ils n'ont jamais été de leur vie.

L'augmentation du nombre de malades placés dans ces conditions a été rapide. Les premiers malades furent placés en 1933. En septembre de cette même année, il y avait 32 malades dans 14 maisons différentes. En janvier 1936, leur nombre était de 80.

La communauté d'aliénés réalisée au village de Walworth rappelle Gheel. Mais Walworth n'est qu'une dépendance de Newark. On pourrait dire que ce mode de placement correspond au système intermédiaire entre la colonie familiale et l'asile-colonie.

2° PLACEMENT INDIVIDUEL.

L'établissement de Newark place également des malades chez des nourriciers en dehors du village de Walworth. Ces malades sont visités également par des assistantes sociales, par des infirmiers et par des médecins.

3° PLACEMENT FAMILIAL ÉCOLE.

Le placement familial école est institué dans un ordre d'idée tout à fait différent. Il est créé dans un but thérapeutique beaucoup plus que dans un but d'économie. Le fonctionnement en est simple. Un petit malade d'âge scolaire est placé chez un nourricier dans un village où il y a une école avec une classe spéciale pour arriérés, cela lui permet de vivre comme les autres enfants et, avec eux, au lieu de rester enfermé dans un établissement.

Depuis quatre ans, on a ainsi placé 16 enfants, 3 garçons et 13 filles. Ils sont répartis dans 6 villages différents chez 9 nourriciers et fréquentent 8 écoles. Tous sont des arriérés. Plusieurs d'entre eux ont été enrôlés parmi les scouts, ce qui augmente leur contact avec les autres enfants. Le prix de la pension est de 5 ou 6 dollars par semaine.

Les résultats ont été remarquables. Il y a quatre ans, tous ces enfants étaient dans la classe spéciale pour les arriérés, actuellement 3 d'entre eux seulement sont restés dans cette classe.

Tous les autres ont pu changer régulièrement de classes avec seulement quelques années de retard sur les enfants normaux. Il est vrai qu'il n'est pas prouvé que s'ils étaient restés enfermés dans l'établissement ces enfants n'auraient pas eu une amélioration notable de leur niveau mental. On peut penser cependant qu'avec l'aide du service social psychiatrique ils ont été placés dans les meilleures conditions pour rattraper leur retard et combattre leur mauvaise hérédité.

Le Docteur Greenacre estime qu'alors que l'enfant normal se développe très bien dans un internat et bénéficie de la discipline qui y règne, il vaut mieux laisser l'enfant anormal chez ses parents en leur payant une pension ou le placer chez des nourriciers que de le mettre dans la meilleure et la plus moderne des institutions. En effet, si l'enfant anormal rattrape rapidement le handicap d'avoir été séparé de la société pendant les années de sa formation, il n'en est pas de même de l'arriéré. Ce dernier a besoin, au contraire, d'acquérir beaucoup d'expérience pour avoir un comportement social normal. Le Docteur Greenacre considère cette notion comme primordiale.

Devant ce résultat encourageant, une plus grande extension a été donnée au placement des enfants. En 1935, l'établissement de Newark avait 165 enfants de placés. Sur ce nombre, 12 enfants sont placés dans leur propre famille.

B. — Placement familial à l'hôpital de Hudson River.

En 1935, 23 malades ont été placés chez des nourriciers habitant aux environs de l'établissement d'Hudson River. Sur ce nombre, 5 ont été réintégrés à l'établissement. En juin 1936 il ne restait donc que 18 malades de placés.

Le service social s'est chargé de trouver les placements et de faire les enquêtes nécessaires. Il a beaucoup aidé au bon fonctionnement de l'entreprise en faisant de fréquentes visites aux nourriciers.

L'hôpital paie pour chaque malade 4 dollars par semaine,

Les distractions des malades restent un problème à résoudre, surtout lorsque le logement du nourricier se trouve loin de tout centre et que les malades ne peuvent prendre part aux fêtes d'un village.

Lorsqu'on le peut, on ramène les malades à l'hôpital lorsqu'on y donne des séances de cinéma ou d'autres distractions. Le choix des malades à placer est délicat. Sur 23 malades placés comme nous l'avons déjà vu, 5 ne se sont pas adaptés et ont dû être ramenés à l'hôpital. Une de ces malades est revenue à cause d'une affection physique, une autre à cause de l'aggravation de ses symptômes mentaux, une autre parce qu'elle préférait vivre à l'hôpital. Un homme s'est enfui de la maison de son nourricier, on l'a remis à l'établissement.

C. — Placement familial à l'hôpital d'Utica.

Le placement familial fut inauguré à l'hôpital d'Utica en décembre 1935. Les nourriciers sont choisis après une enquête faite par les assistantes sociales. Ils doivent habiter la campagne environnante ou de petits villages. Ils sont visités par les assistantes sociales au moins deux fois par mois, et continuent d'être traités par les médecins de l'établissement. L'une des malades placées écrivit peu de temps après son arrivée chez des nourriciers une lettre de remerciements au médecin de l'hôpital, et nous croyons intéressant d'en traduire un passage :

« Je pense qu'il est strictement correct que je vous remercie de m'avoir envoyée vivre avec de braves gens avec lesquels je peux faire ce qui me plaît et ce que je crois bon comme avant ma maladie. »

D. — Placement familial à l'hôpital de Buffalo.

A l'hôpital de Buffalo, on plaça des malades pour la première fois en août 1935. On plaça d'abord 4 hommes et 8 femmes.

Les 4 hommes furent logés chez la même famille, qui possédait une assez grande maison et pouvait disposer de 2 chambres avec cabinet de toilette. Parmi ces malades se trouvaient un alcoolique et une démente artériopathique. Ils durent être réintégrés à l'asile à cause de leur caractère irritable et des disputes fréquentes qu'ils avaient avec leurs compagnons.

Une femme atteinte de démence artériopathique ne put pas rester chez ses nourriciers pour la même raison.

Ces 3 malades furent remplacés par une femme atteinte de syphilis cérébrale et 2 hommes déments précoces. Aucun changement n'a été fait depuis dans ce groupe, qui vit heureux et satisfait de son sort.

En septembre 1935, 4 femmes furent placées dans une autre famille. Il s'agissait d'une malade atteinte de démence alcoolique, 2 autres atteintes de démence précoce et la quatrième de démence artériopathique. Là encore la démente artériopathique ne put s'adapter et fut remplacée par une démente précoce.

Chez un autre nourricier fut placée une démente précoce qui resta quelques mois inerte et indifférente et qui, maintenant, prend soin d'elle-même et commence à s'intéresser à son entourage.

Une infirmière de l'hôpital prit chez elle une démente alcoolique.

Dans une autre maison, deux démentes précoces furent placées avec succès. Nous voyons que plusieurs démentes précoces se sont adaptées au placement familial et ont paru en bénéficier.

E. — Placement familial à l'hôpital de Harlem Walley.

L'hôpital de Harlem Walley place également des malades mentaux chez des nourriciers. Le Docteur John R. Ross, directeur de l'hôpital, écrit : « Mon expérience du placement familial des malades mentaux a été très satisfaisante et

j'ai l'intention de lui donner le plus grand développement possible. » Le Docteur John R. Ross insiste sur la nécessité d'éduquer les nourriciers.

F. — Placement familial à l'hôpital de Saint-Laurence, Ogdensburg.

39 malades ont été placés par l'hôpital de Saint-Laurence. Les premiers essais ont été faits en juillet 1935, mais 7 de ces malades n'ont pu s'adapter et ont dû être réintégrés à l'hôpital. En 1936, il y avait 32 malades en placement familial dans 14 domiciles différents. La plupart des familles choisies habitent le village de Madrid. Ce village a une population de 526 habitants, qui sont presque tous des cultivateurs. Il est situé à 25 milles de l'hôpital. 5 nourriciers ont chacun un seul malade. Dans quatre autres cas, on a placé 2 malades par famille; dans un cas, 4 malades chez le même nourricier. Enfin 4 nourriciers ont chacun 4 malades.

G. — Placement familial à l'hôpital homéopathique de Middletown.

En juin 1930, 27 hommes et 39 femmes, soit au total 66 malades, ont été placés dans 27 domiciles différents.

4 placements ont été supprimés durant l'année, un nourricier est décédé, un autre a dû cesser de prendre des malades à cause de sa mauvaise santé, un autre a quitté le pays. Enfin une nourricière n'a pas su s'adapter aux aliénés. Il n'y a eu aucun incident grave.

Les médecins de l'asile se demandaient si les malades pourraient avoir une nourriture suffisante, étant donné qu'on paie aux nourriciers seulement 4 dollars par semaine et par malade. Mais il n'y a pas eu de plaintes et tous les malades se sont montrés très satisfaits. Il est étonnant de voir avec quelle rapidité la plupart s'attachent à la maison de leurs nourriciers et arrivent à faire partie de la famille.

Le Docteur Horatio M. Pollock a établi le tableau suivant (1) :

**Malades en placement familial dans l'Etat de New-York
en septembre 1936.**

Etablissements	Nombre de malades en placement familial
Benghamton	14
Buffalo	12
Harlem Walley	54
Hudson River	18
Hanhattan	1
Harcy	23
Hiddletocon	84
Rochester	8
Saint-Laurence	33
Utica	27
Willard	9
Letchworth village	13
Newark	103
Syracuse	3
Wassaie	24
TOTAL...	426

III. — Pensylvanie.

Dans l'Etat de Pensylvanie, la loi sur les malades mentaux s'est complétée en 1935 d'un amendement concernant le placement familial de ces malades. Cet amendement autorise le directeur d'un hôpital psychiatrique de l'Etat à placer au dehors des malades mentaux à l'exclusion des criminels, des malades à idées de suicide ou à tendance homicide, des alcooliques, des toxicomanes et des malades qui, de l'avis du médecin, sont inadaptables.

(1) Horatio M. Pollock, *Family care of Mental patients.*

BOBÉ-REVERS.

Ces malades sont toujours considérés comme faisant partie de l'hôpital et peuvent y être réintégrés si le médecin le juge écessaire. Ils contribuent à payer une partie de leur entretien par leur travail; ceux qui, à cause de leur état physique ou mental, ne peuvent pas travailler sont considérés comme indigents et sont à la charge de l'hôpital qui paie leur pension.

Bien avant cet amendement, le Docteur Allen Jacks, directeur de l'hôpital de Danville, avait institué un système de placement des malades mentaux, d'accord avec les autorités.

En 1934, il commençait à placer des malades chez des nourriciers. Il fait trois sortes de placements :

1° Placement des malades travailleurs dont le travail suffit à payer la pension et l'entretien;

2° Placement de malades dont le travail paie une partie de l'entretien;

3° Placement où la pension est payée par la famille ou l'administrateur des pauvres.

Le choix des nourriciers est fait par le directeur de l'hôpital après enquête des assistantes sociales. Les premiers malades placés dans ces conditions étaient surtout des chroniques, des séniles, des artériopathiques. Beaucoup étaient placés dans des familles d'infirmiers. Ces malades ont été bien accueillis par la population. En trois ans, 72 malades ont été placés, et seulement 12 ont dû être réintégrés à l'établissement.

*
* *

Le placement familial, d'introduction récente aux Etats-Unis, tend à s'y généraliser. Les essais ont partout été satisfaisants. Le système adopté est celui de l'asile-colonie. Chaque hôpital place des malades dans les villages environnants, loin des centres industriels. On choisit les nourriciers parmi les petits agriculteurs. Des cours leur sont faits, et les assistantes sociale qui les visitent régulièrement contribuent à les éduquer.

Le prix modique de la pension, 4 dollars par semaine, fait réaliser une notable économie aux établissements.

D'après le Docteur Horatio M. Pollock, à l'obligeance de qui nous devons nos documents sur l'assistance aux aliénés aux Etats-Unis, les avantages du placement familial peuvent se résumer ainsi :

« 1° Pour le nourricier : le placement familial procure au nourricier un revenu certain, quoique faible, une aide, de la compagnie, un écoulement des produits de basse-cour. Il allège la charge du contribuable.

» 2° Pour l'hôpital : le placement familial, en décongestionnant l'hôpital, évite la construction de nouveaux bâtiments, donne plus de temps aux médecins pour soigner les malades aigus et les grands malades. Il réalise une notable économie, le prix de journée étant bien moindre dans les placements qu'à l'hôpital.

» 3° Pour le malade : le malade retrouve la vie de famille. Le chronique peut vivre heureux et n'a plus l'impression d'être en prison. Pour le malade convalescent, le placement familial réalise une transition utile entre la vie d'hôpital et la liberté complète. Il hâte la guérison et évite souvent des rechutes. »

CHAPITRE V

CARACTERES GENERAUX DES ASILES-COLONIES

Le placement familial est apparu dans beaucoup de pays d'Europe et aux Etats-Unis d'Amérique comme le procédé le meilleur et le plus économique pour lutter contre l'encombrement des hôpitaux psychiatriques. Le principe du placement familial une fois établi, il a fallu choisir le mode de placement. Le système écossais était en décadence. La dissémination des aliénés empêchait de les confier à des médecins spécialistes. Les malades étaient gardés, mais non soignés. Il restait donc deux systèmes possibles : la colonie familiale et l'asile-colonie.

Ce sont des colonies familiales qui furent créées en France par le département de la Seine. En Allemagne, en Suisse, en Belgique, à Lierneux, et aux Etats-Unis, on créa des asiles-colonies.

D'après le Docteur Buffe, la colonie familiale n'est possible que dans les pays où la centralisation est très poussée. Ce mode de placement nécessite, en effet, la collaboration étroite de plusieurs établissements. Si nous étudions le fonctionnement de la colonie familiale de Dun-sur-Auron, nous voyons que tous les hôpitaux psychiatriques de la Seine y envoient des malades. Les médecins de ces hôpitaux désignent les aliénés qui leur paraissent aptes à vivre en colonie. Puis un médecin de l'établissement de Dun vient examiner ces malades et éliminer ceux qui lui paraissent douteux. Ce n'est qu'ensuite qu'a lieu le transfert pour Dun. Lorsque, malgré ces précautions, des malades ne peuvent rester chez les nourriciers, ils sont envoyés dans un hôpital psychiatrique voisin ayant un contrat avec le département de la Seine. Il faut signaler cependant que cet établissement ne reçoit pas les

malades devenus gâteux, qui doivent rester à la colonie, où ils encombre les infirmeries.

Cette collaboration étroite de plusieurs hôpitaux n'a pas pu être réalisée dans les pays moins centralisés que la France. En Allemagne, on a essayé de fonder une colonie familiale à Jérichow. L'échec a été rapide. Les malades étaient choisis par les médecins des asiles fermés. Souvent, ils ne s'adaptaient pas chez les nourriciers. A ce moment, ils devaient rester à l'infirmerie, qu'ils encombraient, et ils paralysaient le fonctionnement de la colonie. Aucun établissement fermé ne voulait les reprendre. C'est ainsi que la colonie familiale de Jérichow s'est agrandie et s'est transformée en asile-colonie.

L'asile-colonie comprend un grand établissement recevant directement les malades mentaux quels qu'ils soient. Les malades aigus, les malades susceptibles de réactions dangereuses, les gâteux, les épileptiques ayant des crises fréquentes, sont gardés et soignés à l'établissement. Les autres, après avoir été mis en observation, sont placés aux environs de l'hôpital chez l'habitant. Parfois ils sont placés chez des infirmiers.

Les malades sont visités régulièrement par des infirmiers, par des médecins, par des assistantes sociales. Le choix des villages où l'on place les malades est très important. Les auteurs américains insistent sur ce fait qu'il faut choisir un village agricole loin de grands centres et autant que possible à une certaine distance des grandes voies de communication. Il faut veiller également à ne pas mettre trop de malades dans un même village. Le nombre de malades par famille est également important, un seul malade par famille serait le mieux, mais les nourriciers en réclament davantage. Le prix de journée étant partout assez bas, c'est à la condition d'avoir plusieurs pensionnaires qu'ils arrivent à avoir un petit bénéfice. Le plus souvent, le chiffre maximum est de 3 malades par famille. Par exception, on trouve en Suisse jusqu'à 18 malades par famille.

Une des conditions de réussite du placement familial consiste à choisir une population relativement pauvre. Dans les pays agricoles, beaucoup de paysans qui vivent sur leur propriété ne sont pas malheureux parce qu'ils se nourrissent en grande partie de ce qu'ils produisent, mais ils vendent peu et n'ont pas d'argent. Quelque faible que soit le prix de journée, c'est appréciable pour eux. Les malades les aident aux travaux des champs, gardent les bêtes, rendent facilement de menus services.

Le choix du nourricier est délicat. Il ne suffit pas qu'il présente des garanties de moralité, il faut aussi qu'il soit assez intelligent pour s'adapter aux aliénés. Pour placer des malades chroniques ne donnant aucun espoir d'amélioration, on trouve facilement de braves gens qui les traitent avec bonté. Mais lorsqu'on veut placer un convalescent qu'il faut réadapter progressivement à la société, le choix du nourricier est moins aisé. En Allemagne et en Amérique, on a créé des villages d'infirmiers, où les malades trouvent un personnel spécialisé. Le malade y bénéficie de l'expérience de son nourricier, mais peut-être se sent-il moins libéré de la tutelle de l'hôpital et a-t-il moins l'illusion de la liberté.

On a établi dans tous les pays qui pratiquaient le placement familial des règles très strictes pour assurer le bien-être des malades. La propreté, l'aération des chambres, le cubage d'air, sont précisés dans les règlements. La nourriture est surveillée. Le linge est généralement fourni par l'établissement. Les nourriciers en assurent l'entretien. Les distractions des malades ne sont pas oubliées. Le travail des aliénés est rémunéré par le nourricier. Si le malade n'est pas assez raisonnable pour qu'on lui laisse cet argent, l'établissement le garde. Cela fait un petit pécule qu'il trouve à sa sortie. Le prix de pension payé au nourricier varie suivant les services que l'aliéné peut rendre et les soins qu'il réclame.

Le choix des malades peut être très large à la condition de tenir compte du degré d'adaptation de la population. Dans

une contrée neuve, on placera d'abord des malades dont l'aspect ne risque pas de rebuter et d'effrayer. Mais l'habitude des aliénés vient vite, à l'exception, semble-t-il, des épileptiques, dont les nourriciers consentent rarement à se charger.

On a créé des cours et des conférences pour les nourriciers. Ils sont en général régulièrement suivis, et les Américains estiment qu'ils ont une importance qui dépasse l'assistance aux aliénés parce qu'ils élèvent le niveau intellectuel et moral des populations qui en bénéficient.

Les accidents sont rares on reste étonné du nombre de déprimés placés et de la rareté des suicides. Les homicides sont exceptionnels et les délits d'ordre sexuels également. Les malades font souvent des fugues sans gravité. Parfois ils reviennent d'eux-mêmes.

L'extension d'un asile-colonie est grandement facilitée par les assistantes sociales. Leur rôle n'est pas indispensable si l'on se borne à placer des malades dans des familles d'infirmiers ou chez des personnes connues, habitant les villages environnants. Ce procédé ne permet de placer qu'un nombre très réduit de malades. Pour étendre davantage les placements, l'assistante est une auxiliaire indispensable. C'est elle qui se charge des enquêtes sur les familles de nourriciers, qui surveille les malades, qui les guide et qui éduque les nourriciers.

Le psychiatre Read C. Stanford, après une visite à Gheel, en 1920, conclut à propos du placement familial :

« 1° Il rapproche les malades le plus possible des conditions de vie normale;

» 2° Il laisse une grande liberté au malade;

» 3° Le prix de journée est peu élevé;

» 4° Il fait travailler le malade, d'où avantage économique et thérapeutique;

» 5° On note une influence favorable de l'entourage normal, surtout des femmes et des enfants, sur les malades;

» 6° Le placement familial respecte l'individualité du malade;

» 7° Les résultats thérapeutiques sont favorables. »

CONCLUSIONS

A l'heure actuelle, les seuls placements familiaux existant en France ont été réalisés par le département de la Seine. Le mode de placement choisi a été la colonie familiale du type Gheel. Les établissements de Dun-sur-Auron, où sont envoyées les femmes, et d'Ainay-le-Château, où sont envoyés les hommes, sont très prospères et leur population tend toujours à s'accroître. Ce mode de placement a été rendu possible au département de la Seine, grâce au grand nombre d'aliénés en traitement (20.395 au 31 décembre 1937). Il a donné de très bons résultats, malgré certains inconvénients, qui nous paraissent être :

1° L'éloignement des malades qui sont séparés de leur famille et dépayés.

2° La difficulté d'évacuer les malades devenus inaptes au placement, surtout lorsqu'il s'agit de vieux devenus gâteux. Beaucoup de ces malades encombre les infirmeries.

3° L'impossibilité de garder en observation les malades qui arrivent des hôpitaux de la Seine. A cause du manque de place, les malades sont conduits très rapidement chez les nourriciers.

4° Par suite de l'encombrement des infirmeries, il est difficile de garder en colonie des intermittents qui pourraient bénéficier du placement familial dans leur période de calme.

Pour les autres départements, le système de colonie familiale se montre impossible à réaliser. Ces départements n'ont pas un nombre suffisant de malades pour alimenter un éta-

blissement de cette importance. Au contraire, la formule asile-colonie pourrait être très largement utilisée.

Les principaux avantages de l'asile-colonie nous paraissent être les suivants :

1° Il permet de lutter contre l'encombrement des hôpitaux psychiatriques.

2° Il est économique : le prix de pension donné au nourricier est toujours très inférieur au prix de journée à l'hôpital.

De plus, le placement des malades, en décongestionnant l'hôpital, évite la construction de nouveaux pavillons.

3° Il ne dépayse pas le malade, qui reste dans son département et n'est pas séparé de sa famille.

4° Il permet au médecin qui a vu le début de la maladie d'en suivre l'évolution et de continuer son traitement.

5° Le fonctionnement d'un asile-colonie est souple. Le médecin peut faire revenir le malade à l'établissement lorsqu'il le faut pour le remettre chez des nourriciers plus tard, et ceci autant de fois qu'il le juge nécessaire.

6° Le placement familial ainsi conçu, qui soustrait les malades dès que cela est possible à l'inertie et à la vie artificielle de l'hôpital psychiatrique, s'est montré un remarquable agent thérapeutique et a été particulièrement favorable aux convalescents.

7° Le développement rapide des asiles-colonies dans les pays étrangers semble donner partout les meilleurs résultats.

En Belgique, l'établissement de Lierneux, primitivement colonie familiale, s'est transformé en 1907 en asile-colonie. Le fonctionnement de l'établissement a été grandement facilité depuis cette date, et le nombre de malades n'a cessé de croître.

En Suisse, le canton de Berne a fait les premiers placements familiaux en 1901. Puis celui de Vaud, en 1904; Schaffhouse, en 1907; Zurich, en 1909. Dans le canton de Zurich, il y avait 354 malades de placés en 1933.

En Allemagne, les premiers placements familiaux datent du xvm^e siècle. A l'exception de la colonie familiale de Jérichow, qui a échoué, on a toujours pratiqué le système asile-colonie.

Aux Etats-Unis d'Amérique le placement familial date du 10 août 1885. Il a été pratiqué pour la première fois au Massachusetts sous la forme asile-colonie. Il tend à se développer dans l'Etat de New-York et en Pensylvanie.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*
PIERRE MAURIAC.

Le Président,
CH. PERRENS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Bordeaux, le 4 octobre 1939.

Le Recteur de l'Académie,
G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

- AMELINE. — Rapport au préfet de la Seine sur le fonctionnement de la colonie familiale d'Ainay-le-Château. 1914 à 1930.
— Résultats du traitement familial des aliénés. 1900-1925.
- ARTHAUD. — De la possibilité et de la convenance de faire sortir certaines catégories d'aliénés des asiles spéciaux et de les placer soit dans les exploitations agricoles, soit dans leur propre famille. Mémoire lu au Congrès médical de Lyon, 26 septembre 1864.
- AUZOUY. — Des fermes-asiles ou de la colonisation des aliénés. *Ann. médico-psychol.*, p. 1864, t. II, p 407.
- BAILLARGER. — Discussion sur la colonisation des aliénés. *Ann. médico-psychol.*, oct. 1862.
- BATTY TUKE. — Lunatic as patients not prisoners. *Nineteenth century*, avril 1889.
- BEATTIE SMITH. — The system of Caring for the insane in private dwellings. *The Australian Med.*, janv. 1881.
- BERSOT (H.). — Que fait-on en Suisse pour les malades nerveux et mentaux. Berne, 1936.
- BILLOT. — De la dépense des aliénés assistés en France et de la colonisation comme moyen pour les départements de s'en exonérer en tout ou en partie. Paris, 1861.
— Discussion sur la colonisation des aliénés. *Ann. médico-psychol.*, 1862.
- BLIX. — Rapport sur l'hospitalisation des débiles en Allemagne et en Autriche, en Danemark, en France, en Norvège. Paris, Imprimerie municipale, 1907.
- BOBÉ (Jean). — Les colonies familiales d'aliénés. Thèse Paris, 1933.
- BOTHE. — Die familiäre Verpflegung. Geisteskranken, Springer, Berlin, 1893.

- BRUTANOVE SHENIE. — Le placement familial des paralytiques généraux fixés après traitement. 1938.
- BRANDS. — L'assistance des aliénés. 1892.
- BRIERRE DE BOISMONT. — Recherche sur la colonisation appliquée au traitement des aliénés. *Ann. médico-psychol.*, juill. 1862, p. 498; oct. 1862, p. 688.
- BUFE (E.). — Die Familienplege Kranksinniger im heutigen Deutschland urh stand von 1 oktober 1927 ihre schicksale en der Kriegsund nach Kriegszeit sowie ihre bez ichungen zur affinen Füursage. *Psychiat. Neurol. Wochenschr.*, 1928.
- CABRED. — Le nouvel asile des portes ouvertes, colonie nationale d'aliénés Discours prononcé à l'occasion de la pose de la pierre fondamentale de Lujan, province de Buenos-Ayres, 21 mai 1889.
- CHANES et VIÉ. — Les colonies familiales d'aliénés du département de la Seine. 1932.
- Infirmières visiteuses dans les colonies familiales. *Arch. int. de neurol.*, nov. 1933.
- CHARPENTIER. — Sur le patronage des aliénés sortis guéris des asiles. *Bull. de la Soc. internat. pour l'étude des questions d'assistance*.
- CHAMBARD. — Du patronage des aliénés.
- CHRISTIAN. — Quelques réflexions sur le traitement des maladies mentales. *Ann. médico-psychol.*, 1905.
- CLAISTON. — Clinical lectures in mental diseases. 1887.
- COLIN (Henri). — Les asiles d'aliénés à portes ouvertes. *Ann. médico-psychol.*, 1897.
- COPP OWEN. — Further experience in Family care of the insane in Massachussets. *Amer. Journ. of Insanity*, janv. 1907.
- CORBETT. — Ought private lunatic asylum to be abolished ? *The Westminster Review*, oct. 1894.
- CROCKETT (H. M.). — Boarding home as Tool in Social casework. With mental patients ment hy april 1934.
- CUNYGHAL (BROWN). — L'assistance familiale des aliénés. *The Journal on mental science*, juill. 1908.
- DE CLERAMBAULT. — Régime des aliénés en Angleterre. *Ann. médico-psychol.*, 1908.

- DONNET. — Patronage ou assistance des aliénés indigents sortis guéris des asiles. Congrès international d'assistance, t. II.
- DEPÉRON. — Du patronage des aliénés à Lierneux en 1907. *Bull. Soc. de méd. mentale de Belgique*, 1897.
- DESRUELLES (Maurice) et BERSOT (Henri). — L'assistance aux aliénés en Europe. *L'hygiène mentale*, mai 1937, juin 1937, juill.-août 1937, sept. 1937, nov. 1937, févr. 1938, mai 1938, avril 1938, juin 1938, juill.-août 1938.
- ESPINASSE. — L'assistance familiale des aliénés. Thèse Paris, 1901.
- FABRE. — Le placement familial des aliénés en France. Thèse Lyon, 1920.
- FAIL (Gabriel). — Essai sur un nouveau mode d'assistance familiale des psychopathes économique et humanitaire.
- FÉRÉ. — L'assistance des aliénés dans les maisons privées en Ecosse. *Rev. des sc.*, déc. 1888.
- Les aliénés en Irlande. 1891.
- Le patronage familial des aliénés et le patronage des aliénés guéris. *Rev. des sc.*, 1890.
- Le traitement des aliénés dans les familles. Paris, Alcan, 1893.
- Les aliénés des asiles. *Rev. des revues*, 1^{er} févr. 1895.
- Le patronage familial en France. *Rev. des sc.*, 1844, 2^e série.
- FOVILLE. — La législation relative aux aliénés en Angleterre et en Ecosse. 1895.
- JACQUIN. — Assistance et traitement des enfants arriérés. *R. ph.*, 1905.
- JANKOCOSKA (H.). — Familial care of Mentally Diseased. *Pol. Ka. Gaz.*, 2 sept. 1934.
- JOLLY. — Neber familiäre Irrenpflege in schottland. *Arch. f. psych.*, 1874.
- JONES. — Nécessité de venir en aide aux aliénés convalescents. *The journal of mental science*, juill. 1909.
- KERAVAL. — Les aliénés hors des asiles publics et privés; colonies, système familial. Congrès international d'assistance.
- KALB (G.). — Psychiatrischer Entwart zu Richtlemen für die Aus-sentürsorge in Bayern all. *Ztschr. f. psychit.*, 21 avril 1928.

- LETCHWORTH (W. P.). — The crisis in Foreign countries. G. P. Pertam's Sons, New-York, 1889.
- MARÉ. — Assistance familiale aux aliénés convalescents. Congrès international d'assistance familiale.
- MARIE (A.). — La colonie d'aliénés de Lierneux. *R. psych.*, 1900.
- De l'assistance des aliénés chroniques par la colonisation. Congrès des aliénés, Toulouse, août 1897.
- Le travail dans le traitement des aliénés. *L'assistance familiale*, oct.-nov. 1906.
- MARIE (A.) et BONNET. — Evolution suivie en France par le développement de l'assistance familiale.
- MARIE (A.) et MANNHEIMER GOMMES. — Assistance familiale urbaine pour les aliénés inoffensifs. Congrès international de l'assistance des aliénés. Moscou, 8-11 janv. 1914.
- MARIE (A.) et VIGOUROUX. — Quels malades faut-il placer dans les familles ? *R. psy.*, 1900.
- Considérations sur la colonisation en France et à l'étranger. Rapport au IX^e Congrès des aliénistes et neurologistes.
- MARIE (Mme). — Du patronage des aliénés convalescents de la Seine. Congrès d'assistance de Bordeaux, 1903.
- MARANDON DE MONTYEL. — Assistance familiale des buveurs.
- POLLOCK (H. M.). — Family care of mental patients.
- Family care and the institutional problem psychiat. quart., janv. 1933.
- Practical considerations relating to Family care of mental patients and your psych., nov. 1935.
- PRINCE (A.). — Colonies for mental defectives social Hyg. 1920, 1928, 1930.
- RODIET (A.). — L'organisation actuelle et l'extension future de l'assistance familiale aux aliénés en France. Concours du prix Baillarger, mention très honorable, 13 déc. 1910.
- De l'extension de la colonisation familiale des aliénés. *Arch. internat. de neurol.*, août 1911.
- Scotland General. — Board at central. Rapport central, 1928, 1930, 1931, 1932, 1933, 1934.

- SÉRIEUX. — L'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse. Rapport au Conseil général de la Seine. Imprimerie municipale, Paris, 1903.
- SIBBALD. — Administration des aliénés à Berlin et en Ecosse; placement des aliénés dans les maisons particulières. *Journ. of mental science*, avril 1893.
- SIVATON et BRATANOVA. — Placement familial des paralytiques généraux. *Ann. médico-psychol.*, 1938, p. 588.
- STRAUSS (Paul). — Projet de loi portant modification de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. Sénat, 1924, n° 8.
- Rapport fait au nom de la commission chargée d'examiner le projet de loi portant modification de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. Sénat, 1928, n° 538.
- TRAMET (M.). — Analyse du rôle psychothérapeutique du placement familial. *Hygiène mentale*, janv. 1933.
- TRUELLE. — Du placement des enfants dans les colonies familiales. *Arch. de neurol.*, juill. 1907.
- TOULOUSE. — Doit-on interner les aliénés ? *R. psy.*, 1902.
- Traitement en dehors des asiles *R. psy.*, 1903.
- Asile familial en Ecosse, *R. psy.*, 1906.
- Assistance des aliénés à l'asile et en famille.
- URQUHART. — Le régime des aliénés en Ecosse. *An. médico-psychol.*, sept.-oct. 1910.
- VAN DEVENTER. — Assistance des aliénés à domicile. *Inf.*, 1910.
- VIÉ (J.). — Les aspects sociaux de la colonisation hétéro-familiale des aliénés (dans les colonies du type Gheel). *Journ. belge de neurol. et de psychiat.*, juill. 1935.
- Les classes d'anormaux dans les colonies familiales d'arriérés. *Arch. int. de neurol.*, janv. 1933.
- VIGOUROUX. — Note sur la colonisation familiale. X^e Congrès des aliénistes et neurologistes, Marseille, 1899.
- ZEM. — Quelques mots sur la colonisation familiale des aliénés. *Bulletin professionnel des infirmiers et gardes-malades*, 15 févr. 1916.

TABLE DES MATIERES

PREMIERE PARTIE

Pages

CHAPITRE I. — Encombrement des hôpitaux psychiatriques	11
Le placement familial envisagé comme moyen d'y remédier. — Placement familial dans le département de la Seine. — Difficulté d'étendre ce système aux autres départements. — L'asile-colonie.	
CHAPITRE II. — Le système écossais et la colonie familiale type Gheel	13
I. <i>Le placement familial en Ecosse</i>	13
Ses caractéristiques, ses inconvénients.	
II. <i>La colonie familiale type Gheel</i>	17
Les colonies familiales en France. — Dun-sur-Auron et Ainay-le-Château. — Leur organisation	

DEUXIEME PARTIE

CHAPITRE I — Belgique. L'asile-colonie de Lierneux	24
Historique. — Son organisation actuelle. — Incidents.	
CHAPITRE II. — Suisse	32
Généralités sur le placement familial en Suisse. — Placement familial dans le canton de Zürich. — Répartition des malades dans le canton. — Assistance aux aliénés en Suisse. — Les polycliniques psychiatriques.	
CHAPITRE III. — Allemagne	37
Origine et étapes du placement familial en Allemagne. — Fonctionnement des asiles-colonies. — Hôpital psychiatrique de Uchspringe. — Placement familial à Jerichow. — Hôpital psychiatrique de Erlangen. — Incidents.	

	Pages
CHAPITRE IV. — Etats-Unis d'Amérique	45
I. <i>Massachussetts</i>	45
Historique. L'hôpital de Cardner.	
II. <i>Etat de New-York</i>	48
L'établissement Newark. Ses différents modes de placement. — L'hôpital de Hudson river. — L'hôpital d'Utica. — L'hôpital de Buffalo. — L'hôpital de Harlem Walley. — L'hôpital de Saint-Laurence Ogdensburg. — L'hôpital homéopathique de Middletown.	
III. <i>Pensylvanie</i>	55
CHAPITRE V. — Caractères généraux des asiles-colonies	58
Conditions de fonctionnement d'une colonie familiale.	
— Fonctionnement d'un asile-colonie. — Réglementation.	
— Rôle des assistantes sociales.	
CONCLUSIONS	63
Le placement familial tel qu'il existe en France actuellement. — Ses inconvénients. — L'asile-colonie. — Ses avantages.	
BIBLIOGRAPHIE	66

